

Basuppgifter

Efternamn		Förnamn	
Personbeteckning		Tillfällig personbeteckning	
Gatuadress			
Postnummer	Hemort		Hemkommun
E-postadress		Telefonnummer	
Modersmål			
Kontaktspråk ☐ finska ☐ svenska ☐ engelska ☐ samiska, vilket? _____ ☐ annat, vilket (tolkningsbehov)? _____			
Civilstånd ☐ ogift ☐ gift ☐ i ett samboförhållande ☐ separerad ☐ franskild ☐ änka ☐ registrerat partnerskap ☐ franskild från registrerat partnerskap ☐ änka efter registrerat partnerskap ☐ okänt			
Medborgarskap		Inreseår	
Yrke			
Arbete ☐ heltidsanställd ☐ deltidsanställd ☐ korttidsarbete ☐ företagare ☐ arbetslös arbetssökande ☐ långtidsarbetslös ☐ studerande ☐ familjeledig eller person som sköter sitt eget hushåll ☐ något annat			
Vilka hör till din familj? (make, barn, annat)			
Kontaktpersonens namn och din relation till kontaktpersonen			
Makens/kontaktpersonens telefonnummer		Makens/kontaktpersonens modersmål	
Makens/kontaktpersonens språk som ska tolkas		Makens yrke/arbete	
Andra personer som hör till familjen			

Tidigare graviditeter och förlossningar

Hur många graviditeter har du genomgått (antal)?	Den senaste graviditetens längd i graviditetsveckor
Hur många förlossningar har du genomgått (antal)?	Årtal för den senaste förlossningen?
Hur var din tidigare förlossning?	
Antal barn födda under den senaste graviditeten	Barnets/barnens födelsevikt i gram
Föregående amning ☐ helamning (antal månader) _____ ☐ ingen amning ☐ hela amningstiden i månader/år _____	
Har upplevt du en tidigare graviditet, förlossning och tiden efter förlossningen (upplevt du t.ex. förlossningsrädsla eller förlossningsdepression)?	
Har du haft missfall? ☐ nej ☐ ja, årtal _____	Har du genomgått abort? ☐ nej ☐ ja, årtal _____

Nuvarande graviditet

Datum då den senaste menstruationen började	
Senaste papa-prov	Föranledde det fortsatta åtgärder? ☐ Ja ☐ Ei ☐ Jag minns inte
Preventivmedel före graviditeten ☐ kombinationstabletter ☐ p-ring ☐ p-plåster ☐ progestintabletter ☐ p-stav ☐ intrauterin hormonspiral	☐ annat intrauterint preventivmedel ☐ kondom ☐ sterilisering (av kvinna) ☐ sterilisering (av man) ☐ något annat preventivmedel ☐ inget preventivmedel
När avslutades preventivmedlet:	Har du använt akutpreventivmedel? ☐ Ja ☐ Nej
Har fertilitetsbehandling använts? ☐ Ja ☐ Nej	
Vilken fertilitetsbehandling ☐ mognadsbehandling av äggblåsa ☐ insemination (injektion av spermier i livmodern) ☐ IVF (provrörsbefruktning) ☐ ICSI (mikroinjektion) ☐ överföring av djupfryst embryo (FET/PAS) ☐ blastocystodling (lång odling av embryo)	
☐ embryodiagnostik ☐ donerad könscell eller donerat embryo ☐ inga uppgifter om behandlingens typ ☐ någon annan, vilken? _____	
Äggcellsdonatorns ålder vid tidpunkten för donationen (i år)	

Egna hälsouppgifter

Din längd (cm)?	Din vikt före graviditeten (kg)?	Ålder då du började menstruera?
-----------------	----------------------------------	---------------------------------

Levnadsvanor som påverkar hälsan

Näring

Har du någon specialdiet?

- | | |
|---|--|
| ☐ laktosfri eller laktosfattig kost | ☐ kost för spannmålsallergiker |
| ☐ glutenfri kost | ☐ kost för mjölkallergiker |
| ☐ vegetarisk kost med mjölkprodukter och/eller ägg | ☐ annan kost vid födoämnesallergier |
| ☐ vegetarisk kost med fisk | ☐ annan specialkost |
| ☐ vegankost | |

Användning av mjölkprodukter eller motsvarande kompletterade växtbaserade preparat (t.ex. soja eller havre) och användningsmängd/dag

Hur många måltider äter du dagligen (antal)?

Hur många gånger om dagen äter du grönsaker (inte potatis), frukt och bär?

- | | |
|--|---|
| ☐ Jag äter inte det varje dag | ☐ 3–4 gånger per dag |
| ☐ 1–2 gånger per dag | ☐ 5 gånger per dag eller mer |

Hur många gånger i veckan äter du fisk?

- | | |
|--|--|
| ☐ jag äter inte det varje vecka | ☐ minst 2 gånger i veckan |
| ☐ en gång i veckan | |

Hur ofta dricker du saft, läsk eller energidrycker samt kaffe eller koffeinhaltigt te?

- | | |
|--|---|
| ☐ 3 gånger eller mer under en dag | ☐ mer sällan än dagligen |
| ☐ 1–2 gånger per dag | ☐ jag dricker inte sådant alls |

Kosttillskott

	Ja	Nej
Använde du folsyratillskott regelbundet före graviditeten?	☐	☐
Använder du preparat som innehåller folsyra under graviditeten?	☐	☐
Använder du preparat som innehåller D-vitamin under graviditeten?	☐	☐
Använder du kalciumhaltiga preparat under graviditeten?	☐	☐
Använder du preparat som innehåller B12-vitamin under graviditeten?	☐	☐
Använder du multivitamintillskott under graviditeten?	☐	☐
Använder du naturprodukter under graviditeten?	☐	☐

Motion

Hur många timmar i veckan motionerar du raskt (i timmar)?

Motion

- | | |
|---|--|
| ☐ tävlingsidrott | ☐ vardagsmotioner |
| ☐ målinriktad idrottsutövare | ☐ jag motionerar inte |
| ☐ idrottsutövare | |

Sömn/vila

Hur många timmar sover du per dygn?

Upplever du att du får tillräckligt med sömn och vila?

☐ Ja ☐ Nej

Användning av rusmedel

Rökning

☐ jag har aldrig rökt eller använt e-cigarett

☐ jag har rökt eller använt e-cigarett och slutat före graviditeten

☐ jag har rökt eller använt e-cigarett och slutat under graviditeten

☐ jag röker eller använder e-cigarett under graviditeten

Hur många cigaretter röker du dagligen (antal/dag)?

Exponeras du för tobaksrök

☐ Ja ☐ Nej

Använder du nikotinprodukter

☐ jag har aldrig använt

☐ jag har använt och slutat före graviditeten

☐ jag har använt och slutat under graviditeten

☐ jag använder nikotinprodukter under graviditeten

Hur ofta dricker du alkohol? Beskriv din alkoholkonsumtion under året före graviditeten.

☐ aldrig

☐ cirka en gång i månaden eller mer sällan

☐ 2–4 gånger i månaden

☐ 2–3 gånger i veckan

☐ 4 gånger i veckan eller oftare

Har du druckit eller dricker du alkohol under graviditeten?

☐ nej

☐ ja, men jag har redan slutat

☐ ja

Har du använt eller provat narkotika eller läkemedel i berusningssyfte?

☐ Ja ☐ Nej

Har du använt eller använder du droger eller läkemedel i berusningssyfte under graviditeten?

☐ nej ☐ ja, men jag har redan slutat ☐ ja och jag använder det fortfarande

Mun- och tandvård

Hur många gånger om dagen borstar du tänderna?

☐ 2 gånger eller fler ☐ en gång om dagen ☐ mer sällan än en gång om dagen

Använder du fluortandkräm vid tandborstning?

☐ Ja ☐ Nej

När besökte du senast tandläkare eller munhygienist för undersökning? (ange året som svar)

Sjukdomar och medicinering

Har du konstaterats ha någon av följande sjukdomar eller risker? (du kan välja flera alternativ)

☐ diabetes

☐ blodpropp (tromboemboli)

☐ hjärtfel eller -sjukdom

☐ koagulationsstörning i blodet (trombofili)

☐ hypertoni

☐ funktionsstörning i sköldkörteln

☐ astma

☐ allergier (inkl. läkemedelsallergier)

☐ epilepsi

☐ medfödd missbildning

☐ njursjukdom

☐ arbetsrelaterade risker

☐ leversjukdom

☐ något annat, vad?

☐ tarmsjukdom

Har du genomgått något av följande ingrepp?	
☐ operation i buken	☐ omskärelse
☐ kejsarsnitt	☐ korrigering av omskärelse
☐ annan operation i livmodern	☐ blodtransfusion
☐ operation av livmoderhalsen	☐ ingrepp, operation, sjukhusvård utomlands under de senaste 12 månaderna
☐ operativ behandling av fetma	☐ något annat, vad?
☐ bröstoperation	
Har du konstaterats ha någon av följande sjukdomar?	
☐ kondylooma	☐ Hepatit C
☐ gonorré	☐ Hepatit B
☐ klamydia	☐ HIV
☐ syfilis	☐ annan sjukdom eller andra symtom
☐ genitalherpes	☐ inget av ovanstående
Har du haft vattkoppor eller fått vaccin mot vattkoppor?	
☐ Ja ☐ Nej ☐ Jag vet inte	
Har du fått vaccinet mot mässling, röda hund och påssjuka?	
☐ Ja ☐ Nej ☐ Jag vet inte	
Är dina övriga vaccinationer uppdaterade?	
☐ Ja ☐ Nej ☐ Jag vet inte	
Har du konstaterats ha någon form av funktionsnedsättning? (t.ex. synskada, hörselskada)	
Har du haft följande symtom	
☐ ångest	☐ panikattack
☐ depression	☐ ätstörning
☐ nervositet	☐ andra psykiska symtom eller sjukdomar
☐ fobier	☐ inget av ovanstående
Har du någon medicinering som ordinerats av läkare?	
☐ Nej ☐ Ja, vad?	
Använder du något egenvårdsläkemedel?	
☐ Nej ☐ Ja, vad?	

Familjens välbefinnande

Vad är du glad över i livet?
Är du orolig för något?
Vilka är familjens styrkor?
Vilka tankar väcker graviditeten hos dig?
Vad förväntar du dig av rådgivningsbesöken?